

MODULO DI ISCRIZIONE

Il sottoscritto chiede di essere iscritto al corso

LE PSEUDO ALLERGIE

CHE SI TERRÀ NELLA SEDE DI _____ IN DATA _____

I corsi verranno attivati con un minimo di 20 partecipanti

COGNOME _____

NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

PROFESSIONE _____

SPECIALIZZAZIONE _____

Esercita la professione presso:

Ente pubblico Lab. Analisi, Clinica privata

Poliambulatorio medico Libero professionista Altro

Via/Viale/Piazza _____

Città _____ Prov. _____ Cap _____

Tel. abitazione _____ Tel. Studio _____

Cellulare _____ Fax _____

E.mail _____

Provvederò a versare a A.I.Nu.C. s.r.l. entro la settimana precedente di inizio corso

- quota di iscrizione pari a € 100 + IVA (21%) = € 121

Tramite

- bonifico bancario intestato a A.I.Nu.C. s.r.l. : IBAN IT89 G056 9603 2070 0000 6751 X65

- assegno non trasferibile intestato a A.I.Nu.C. s.r.l. ed inviato a mezzo assicurata o R/R in Via Tacito 74 – 00193 Roma

ed a trasmettere ricevuta di versamento al numero di fax 06 44265772

Dati per l'emissione della fattura:

Nome/ragione sociale _____

Indirizzo completo _____

Cod. Fisc. _____ P.iva _____

Prendo atto che I dati personali richiesti saranno utilizzati dall'A.I.Nu.C. s.r.l. solo per gli scopi di questo corso ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo n. 196 del 30 Giugno 2003.

In fede
